



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Académico Profesional de Obstetricia

El aborto previo como factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en el Instituto Nacional Materno perinatal diciembre 2015- mayo 2016

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Flor de Rosario FLORES ROBLES

ASESORES

Jenny Elenisse ZAVALETA LUJAN

Carmen María RUIZ CONTRERAS

Lima, Perú

2016



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Flores F. El aborto previo como factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en el Instituto Nacional Materno perinatal diciembre 2015- mayo 2016 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Académico Profesional de Obstetricia; 2016.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"



ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO
PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA

El jurado designado para evaluar la Sustentación de Tesis, de acuerdo a las "Normas para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Obstetricia en las Escuelas Académico Profesionales de la Facultad de Medicina", de:

BACHILLER: FLORES ROBLES FLOR DE ROSARIO

Cuyo título es: EL ABORTO PREVIO COMO FACTOR DE RIESGO PARA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DICIEMBRE 2015-MAYO 2016. Reunidos en la fecha, después de la sustentación y resolución de preguntas por el Tesista, acordó el siguiente calificativo:

Muy Bueno

Diecisiete 17

MG. OBST. MARÍA LUISA TORRES CHAUCA
C.O.P. 4186
PRESIDENTE

LIC. OBST. NELLY MARÍA ESPERANZA BARRANTES CRUZ
C.O.P. 1830
MIEMBRO

LIC. OBST. DORA NANCY RODRIGUEZ MICHUY
C.O.P. 3978
MIEMBRO

LIC. OBST. JENNY ELENISSE ZAVALETA LUJAN
ASESOR (A)

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA

Dra. ZAIDA ZAGACETA GUEVARA
DIRECTORA
E.A.P. DE OBSTETRICIA

Lima, 10 de agosto del 2016

AGRADECIMIENTO

Agradezco a dios por guiarme siempre y darme fuerza para superar las dificultades que se han presentado. A mi madre Amelia por su gran confianza y apoyo incondicional, a mi padre, a mis hermanos por su apoyo y sus alientos de constantes. A la obstetra Jenny Zavaleta mi asesora de tesis por su apoyo y tiempo, gracias a todos las personas que me motivaron a seguir y me ayudaron a la realización de esta tesis.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis en primer lugar a dios , por permitirme llegar a este momento importante de mi vida profesional .A mi madre por ser la persona más importante de mi vida y por demostrarme siempre su amor . A mi padre, mis hermanos Fiorella , Felix y mi tío Manuel

INDICE

RESUMEN	5
SUMMARY	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. MÉTODOS	22
2.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	22
2.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	22
2.3 POBLACIÓN	22
2.4 MUESTRA.....	22
2.5 VARIABLES DEL ESTUDIO.....	24
2.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:	25
2.7 PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	25
2.8 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	26
3. RESULTADOS	27
4. DISCUSIÓN	34
5. CONCLUSIONES.....	36
6. RECOMENDACIONES	37
BIBLIOGRAFÍA	38
ANEXOS	42
ANEXO N°1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.....	42
ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	44
ANEXO N°3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:.....	45

RESUMEN

Introducción: El parto pretérmino es un problema de salud pública mundial ya que es una complicación obstétrica y perinatal muy frecuente causando la mayor parte de las muertes neonatales en los nacidos prematuros.

Objetivos: Determinar que el aborto previo es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de Diciembre 2015-Mayo 2016.

Diseño: Observacional, Analítico de casos y controles.

Lugar: Instituto Nacional Materno Perinatal.

Participantes: se incluyeron en el estudio 428 gestantes las cuales se clasificaron en el grupo casos (214 gestantes con amenaza de parto pretérmino) y grupo control (214 gestantes sin amenaza de parto pretérmino).

Intervenciones: Para describir las variables se utilizó frecuencias absolutas relativas y medidas de tendencia central y dispersión. Para medir el riesgo, primero se utilizó la prueba de chi-cuadrado con una significancia del 5% y luego se calculó el Odds Ratio (OR) a un intervalo de confianza de 95%.

Resultados: la edad media de las gestantes con y sin amenaza fue similar 27 y 25 años respectivamente: en ambos grupo la mayoría tendría grado de instrucción secundaria completa, eran convivientes y ama de casa. Respecto a las características obstétricas las gestantes que tienen mayor número de controles prenatales (5 controles a más) son la que no presenta amenaza de parto pretérmino (26,16% vs 73,83%) en gestantes sin y con amenaza respectivamente; El aborto previo es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino aumentado 2,5 veces más que las que no lo tienen; el tener dos abortos previo aumenta a 4,425 veces más el riesgo y tener más de dos aborto previos no se encontró significancia.

Conclusiones: El aborto previo es un factor de riesgo de la amenaza de parto pretérmino aumentando 2,21 el riesgo y tener dos abortos 4, 425 veces más el riesgo, tener más de dos aborto no se encontró significancia.

Palabras claves: Amenaza de parto pretérmino, aborto previo.

SUMMARY

Introduction: Preterm labor is a global public health problem as it is a very common obstetric and perinatal complication hence most neonatal deaths occur in premature infants.

Objectives: To determine that previous abortion is a risk factor for preterm labor in pregnant women served by the National Materno Perinatal Institute for the period of December 2015-May 2016.

Design: Observational, Analytical cases and controls.

Location: National Maternal Perinatal Institute.

Participants were included in the study 428 pregnant women which were classified in the study group (214 pregnant women with preterm labor) and comparison group (214 pregnant women without preterm labor).

Interventions: To describe the variables absolute and relative frequency measures of central tendency and dispersion was used. To measure the risk, first the chi-square was used with a significance of 5 % and then calculated the Odds Ratio (OR) with a confidence interval of 95 %.

Results: The mean age of pregnant women with and without threat was similar 27 and 25 years, respectively: in both group most would complete secondary education degree, were cohabiting and housewife. Regarding obstetric characteristics of pregnant women with more adequate prenatal checkups they are not present preterm labor (49.54% vs 83.18%) in pregnant women with and without threat respectively; The previous abortion is a risk factor for preterm labor increased 2.5 times more than those without; Having two previous abortions increases to 4.425 times the risk three previous abortion and have no significance was found.

Conclusions: The previous abortion is a risk factor of preterm labor and increasing the risk 2,21 have two abortions 4 425 times the risk , have more than two abortion no significance was found

Keywords: preterm labor, previous abortion.

1. INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino es un problema de salud pública mundial, en la medicina perinatal puesto que continua siendo una de las complicaciones más frecuentes, de ahí que la mayor parte de las muertes neonatales ocurren en nacidos prematuros. Así cada año nacen en el mundo unos 15 millones de niños prematuros, más de uno en 10 nacimientos. Siendo la prematurez la principal causa de morbilidad y mortalidad en los niños menores de 5 años, provocando cerca de un millón de muertes en el año 2013. Además muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje, problemas visuales y auditivos⁽¹⁾

Las tasas de nacimientos prematuros a nivel mundial están en aumento. Siendo el rango de las tasas de nacimientos prematuros en los 184 países del mundo que cuentan con registro confiable de 5 % -18 % ⁽¹⁾ .En África y Asia, la incidencia y las consecuencias de parto pretérmino son particularmente altas, en estos continentes la incidencia de partos pretérmino es de 85% ⁽²⁾ . En el Perú según el estudio de Huaroto, K, et al ⁽²⁾, el parto pretérmino se produce en el 10-14% del total de gestaciones y se considera la causa principal de morbilidad y mortalidad neonatal.

Así también en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2015 nacieron 16,617 niños y niñas, de los cuales el 9.5% son prematuros. Del total de prematuros, 285 niños pesaron menos de mil quinientos gramos al nacer y tienen una sobrevida del 69.4%, por su parte los recién nacidos con menos de mil gramos tienen una sobrevida de 44.8%. ⁽³⁾, así a una menor edad gestacional y menor peso del recién nacido corresponde una mayor tasa de morbimortalidad perinatal.

El parto pretérmino conlleva complicaciones neonatales a corto plazo, como depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante, ductus arterioso persistente, displasia broncopulmonar o apneas. A largo plazo se presentan cuadros clínicos de parálisis cerebral, retraso mental, compromiso de visión y pérdida de audición ⁽⁴⁾. La prematurez es un factor de alto riesgo de deficiencia y discapacidad, con repercusiones negativas para él bebe la madre, los familiares y la sociedad, que lleva a un elevado porcentaje de complicaciones perinatales por lo

que es importante identificar en las gestantes aquellos factores de riesgo que llevan a este problema desde el inicio del control prenatal, para una adecuada prevención.⁽³¹⁾

Un gran porcentaje de las mujeres comienzan su vida reproductiva con un aborto en su primer embarazo, presentándose con mayores tasas en las mujeres de 16 a 19 años, sin embargo, lo que aún no está del todo claro es el efecto que estos abortos pueden tener en la posterior gestación⁽⁵⁾.

En nuestro país en un estudio llevado a cabo por Ferrando D,⁽⁶⁾ sobre la incidencia del aborto en el Perú se estima que en nuestro país se realizan 371,420 abortos clandestinos por año; es decir, más de 1,000 abortos al día. El 50,9% de mujeres hospitalizadas por aborto incompleto son menores de 25 años. Asimismo, la Encuesta Nacional de la Juventud, elaborada en el 2012 por la Secretaría Nacional de la Juventud, indica que en el Perú el 11,4% de jóvenes se practicaría un aborto ante un embarazo no deseado y el 35% de mujeres jóvenes indicó que conoce a una persona que se ha practicado un aborto.

Algunos estudios han identificado que factores como el antecedente de aborto constituye un riesgo para la presencia de parto pretérmino, tal como, Retureta, M, et al.^(7,8,9); También según Hardy et al.^(10, 11,12) se encontró que en pacientes con antecedentes de aborto siendo este un aborto inducido el riesgo de parto pretérmino aumenta; Así también según Marrón J. et al.^(9,11, 13,14) se ha visto que el riesgo de parto pretérmino aumenta con el número creciente de abortos pudiendo a tener un parto muy prematuro, y para Martin Mc Caffrey⁽¹⁵⁾ Una vez sucedido el aborto inducido, podría causar un inmutable factor de riesgo para los futuro nacimiento de parto prematuro.

Por todo lo expresado, consideramos necesario analizar si el aborto previo es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino debido al aumento de parto pretérmino y las grandes consecuencias que este trae tanto para el bebé, la madre, la familia, la sociedad e incluso la economía sanitaria del país.

Retureta, S, Rojas, L y Retureta, M, en el año 2015 en Cuba cuyo título Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Avila, en su estudio analítico del tipo casos y controles, analizaron los factores de riesgo

asociados al parto prematuro en el período 2009-2012. Los factores más relacionados con el parto prematuro, fueron los antecedentes de parto prematuro (OR=5,105; IC=3,766-6,920) y de aborto de embarazos anteriores (OR=2,560 IC=1,847-3,547), el peso materno bajo a la captación, la talla inferior a 150cm, las ganancias de peso baja o alta durante el embarazo, hábito fumar en la embarazada, infecciones vaginales y urinarias, el embarazo múltiple y las afecciones del útero. Concluyeron que la práctica de abortos anteriores y el embarazo múltiple fueron los factores de riesgo que mayormente se asociaron al parto prematuro; sin embargo, puede decirse que su origen es multifactorial, no solo por la existencia de otros factores que también se presentaron de manera considerable, sino por la interrelación entre cada uno de ellos.⁽⁷⁾

Toboada Raúl en el año 2015 en Iquitos Perú en su estudio con el título de Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” de enero a diciembre 2013. Se encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre las gestantes con antecedentes de aborto y el parto pretérmino. Se observa que en el grupo de Casos el 60.0% (45) corresponde a las gestantes que no tuvieron ningún aborto y solo el 40.0% (30) tuvieron uno o más abortos. En el grupo Control se aprecia según lo investigado igual distribución así el 77.3% (58) corresponde a las gestantes que no tuvieron ningún aborto y solo el 22.7% (17) tuvieron uno o más abortos. En cuanto a la presencia del antecedente de parto pretérmino se encontró que solo el 25.0% (19) representa a las gestantes del grupo de Casos y el 12.4% (8) en el grupo Control.⁽¹⁸⁾

Hardy , G, Benjamin , A y Abenhaim , H , en el año 2013 en Canadá realizaron un estudio titulado Efecto de los abortos inducidos sobre los nacimientos prematuros y los desenlaces adversos; evidenciando que hubo un aumento significativo en el riesgo de parto pretérmino en mujeres con antecedentes de aborto inducido anterior y esta asociación fue más fuerte a medida que disminuye la edad gestacional .En un total de 17 916 mujeres fueron incluidos en el estudio de ellos 2.276 (13%) se habían sometido a un aborto inducido antes, y 862 (5%) se habían sometido a dos o más abortos inducidos previos. En este análisis se da a conocer que las mujeres con un aborto son 45, 71 y 217 por ciento más propensas a partos

prematurados a las 32, 28 y 26 semanas de gestación, respectivamente. Este riesgo se refuerza en mujeres con dos o más abortos previos. Las mujeres con un aborto inducido antes eran 45% (IC del 95%: 1,11 a la 1,90), 71 % (IC del 95%: 1,21 a la 2.42) y 217 % (95% IC 1.41 a la 3.35) más propensas a tener partos prematuros a la 32, 28 y 26 de semanas de gestación respectivamente; odds ratios ajustados. Esta asociación fue más fuerte para las mujeres con dos o más abortos inducidos anteriores. También se encontró que el aborto anterior inducido se asoció con una mayor necesidad de tocólisis en los embarazos posteriores, pero no hubo asociación entre abortos inducidos anteriores y la admisión en la unidad de cuidados intensivos, fiebre intraparto, y ruptura prematura de membranas ⁽¹⁰⁾.

Shah , P y Zao J , en el año 2009 en Canadá. En su artículo publicado en la Revista Británica de Obstetricia y Ginecología en el año 2009, titulado Induced termination of pregnancy and low birth weight and preterm birth, un equipo de investigadores canadienses examinaron los datos de 37 estudios y encontró que tener un aborto anterior aumentó el riesgo posterior de parto prematuro en un 36 por ciento, mientras que tener más de un aborto previo aumentó el riesgo en un 93 por ciento. ⁽⁹⁾

Swingle, M, Tarah, T, Colaizy, M, Zimmerman, B y Morris, F, en el año 2009 en Estados Unidos ,titulado Abortion and the Risk of Subsequent Preterm Birth, en un estudio de revisión sistemática con metaanálisis en este se incluyó 12 inducido y 9 estudios de aborto espontáneo mostró una odds ratio ajustada para el parto prematuro después de un aborto de 1,25 (Aumento del 25 %), y después de 2 o más abortos el odds ratio fue de 1,64, (incremento a 64 %). Un hallazgo muy importante es que las mujeres con abortos inducidos previos tienen un 64 % más de riesgo relativo de un parto muy prematuro (menos de 32 semanas) que las mujeres con cero abortos inducidos previos. Para el riesgo de parto prematuro tras un aborto espontáneo aumentó 43% (OR ajustada 1,43, IC del 95%: 1,05 a 1.66; seis estudios) y después de más de un aborto espontáneo 127 % (OR ajustada 2,27, IC del 95%: 1,98 a 2,81; siete estudios) .Concluyeron que el aborto inducido y el aborto espontaneo aumentan el riesgo de parto prematuro en posteriores gestaciones ⁽¹¹⁾

Brown, J, Adera, T y Masho, S, en el año 2008 en España, en un estudio con título: Aborto anterior y el bajo peso al nacer (BPN) y parto prematuro (PP). En este estudio analítico de regresión logística. En comparación con las mujeres sin antecedentes de aborto, las mujeres que tenían uno, dos y tres o más abortos anteriores tuvieron (IC del 95%: 2,48 a 3,07) 2,8 (IC del 95%: 3,94 a 5,46) 4,6 y 9,5 (IC 95%: 7,72 a 11,67) veces más probabilidades de tener bajo peso al nacer, respectivamente. El riesgo de Parto prematuro era también (IC 95% 1,52 a 1,83) 1,7, 2,0 (IC 95% 1,73 a 2,37) y 3,0 (95% CI 2,47 a 3,70) veces mayor en las mujeres con antecedentes de uno, dos y tres o más abortos previos, respectivamente. Aumentando el riesgo de parto prematuro con el aumento del número de abortos anteriores. Concluyeron que el anterior aborto es un factor de riesgo significativo para el bajo peso al nacer (BPN) y el parto prematuro (PP), y el riesgo aumenta con el aumento del número de abortos anteriores. Los médicos deben considerar el aborto anterior como un factor de riesgo para BP y el PP. ⁽¹³⁾

Gutiérrez V, en el año 2007 en Perú, titulada Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro y hallazgos en el neonato en el hospital Regional de Loreto, en una población de 250 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 41.6% (106) y el 22.7% (58) representan a las gestantes nulíparas y gestantes con antecedentes de abortos respectivamente. ⁽⁸⁾

Losa, E, González, E y González G. En el año 2006 en España con título Factores de riesgo de parto pretérmino en un estudio retrospectivo, de casos y controles, en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, en el que se comparó a 315 gestantes con partos pretérmino espontáneos o por rotura prematura de membranas y un grupo control de 315 gestantes con partos a término. Las variables se clasificaron en sociobiológicas, antecedentes obstétricos y características de la gestación actual. Antecedentes de parto pretérmino (odds ratio[OR] = 3,4; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,7-6,7), y abortos previos ($p = 0,002$) mayor en función del número de éstos (1 aborto: OR = 1,7; IC del 95%, 1,1-2,7; a partir de 2 abortos: OR = 2,7; IC del 95%, 1,3-5,8), la gestación múltiple, las técnicas de reproducción asistida y la hospitalización con necesidad de tocólisis (OR= 10,8; IC del 95%, 4,2-27,7) y el cerclaje (OR = 5,6; IC del 95%, 1,2-25,7) son más frecuentes entre los casos; sin embargo, ajustando por otras

variables, el riesgo desaparece para el cerclaje (ORa = 2,8; IC del 95%, 0,5-14). Concluyeron que los antecedentes de parto pretérmino y abortos previos, la gestación múltiple, las técnicas de reproducción asistida y la hospitalización con necesidad de tocólisis son los factores de riesgo de parto pretérmino en su población de estudio.⁽¹⁴⁾

Moreau ,C, Kaminski ,M, Ancel ,P, Bouyer , J, Escande , B , et al en el año 2005 en Francia ,en un estudio titulado Abortos inducidos anteriores y el riesgo de parto muy prematuro: resultados del estudio encontraron que las mujeres con antecedentes de aborto inducido se encuentran en mayor riesgo de parto muy prematuro que aquellos sin tal historia (1,5; IC del 95%: 1,1-2,0);el riesgo era aún mayor para los partos extremadamente prematuros (<28 semanas).

ABORTO

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia considera aborto la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos de peso (aproximadamente 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de gestación de cualquier peso o edad gestacional absolutamente no viable (por ejemplo, huevo no embrionario, mola hidatidiforme, etc.), independientemente de si hay o no evidencia de vida o si fue espontáneo o provocado ⁽²⁰⁾

Aborto es la interrupción del embarazo antes de que el feto alcance su viabilidad extrauterina. La Organización Mundial de la Salud lo define como la expulsión o extracción de un embrión o feto con un peso menor o igual a 500 gr. Esto se corresponde con una edad gestacional de 22 semanas o una longitud coronal de 25 cm. ⁽²¹⁾

CLASIFICACIÓN

ABORTO ESPONTÁNEO

El proceso reproductivo humano aparece a simple vista como altamente ineficiente. Se ha llegado a calcular que hasta un 65% de los embarazos humanos termina con una pérdida subclínica. La incidencia del aborto clínico en la población generales es de $\geq 15\%$ (10- 30%).

Las causas son: 1) Genéticas Factores anatómicos, 2) Problemas endocrinológicos, 3) Problemas hematológicos, 4) Causas inmunológicas, 5) Infecciones y Otros. ⁽²¹⁾

ABORTO INDUCIDO

El aborto inducido es la interrupción de un embarazo, que puede ser legal, terapéutico o clandestino. En este último caso, puede ser un aborto inducido en condiciones seguras o inseguras. Según la Organización Mundial de la Salud (1992), un aborto inseguro es “un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo o ambos”. Por lo tanto, la mujer se expone a riesgos en su salud que la pueden llevar inclusive hasta la muerte. ⁽²¹⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (2003), se estima que en América Latina se producen 30 abortos inseguros por cada 1000 mujeres entre 15 a 44 años; y la razón de mortalidad materna por aborto inseguro está entre 30 y 49 por 100 000 nacidos vivos. En el Perú, según la Oficina General de Epidemiología, se producen anualmente un promedio de 30 muertes maternas por aborto. ⁽²¹⁾

Según el estudio de Delicia Ferrando “El aborto clandestino en el Perú. Revisión”, de diciembre 2006, realizado con el apoyo de Pathfinder International, Flora Tristán y la Fundación Ford, la resolución de los embarazos en el Perú, en el 2004, de un total de 1 004 000 embarazos 40% fue nacimiento deseado, 25% nacimiento no deseado y 35% aborto inducido. El aborto inducido es un problema de salud pública en los países en que es ilegal, como en el Perú. Tiene graves consecuencias físicas, psíquicas y económicas. ⁽⁶⁾

RIESGO

Es la posibilidad de sufrir un daño. La noción cualitativa inicial, es decir, de ausencia o presencia de riesgo, ha avanzado hacia otra cuantitativa: Riesgo bajo y Riesgo alto. El riesgo es la medida que refleja la posibilidad de que se produzca, un hecho o daño a la salud. El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa posibilidad. ⁽²³⁾

FACTORES DE RIESGO

Es toda característica o circunstancia observable en una persona, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a su salud. La importancia mayor de los factores de riesgo consiste en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. Queda implícita la idea de que la posibilidad de consecuencias adversas aumenta con la presencia de más características o factores determinantes de esas consecuencias. ⁽²⁴⁾

La importancia y el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva dependen del grado de asociación con el daño a la salud, de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y la posibilidad de prevenirlos. El grado de asociación se determina mediante el llamado riesgo relativo que expresa el número de veces en que el daño aparece en las personas que no presentan el factor, cuando se compara con su aparición en las personas que no presentan el factor de riesgo; representa el riesgo individual. ⁽¹⁸⁾

AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO (APP)

Parto pretérmino Se denomina parto pretérmino al que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (menos de 259 días). ⁽²⁵⁾

La amenaza de parto pretérmino consiste en la aparición de contracciones uterinas regulares, con un intervalo menor de 10 minutos, en una gestante con 37 semanas o menos de amenorrea. Con fines de manejo e investigación, se agrega a la definición que, debe existir presión de la presentación fetal en el segmento uterino inferior e inicio de modificaciones en el cérvix uterino, señalando algunos autores que puede haber borramiento del cérvix del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm. ⁽²⁶⁾

Según la guía del Instituto Nacional Materno Perinatal, Amenaza de parto pretérmino es la presencia de contracciones uterinas evidenciables al tacto (con frecuencia de una cada 10 minutos y 30 segundos de duración, en un lapso de 60 minutos) que puede cursar con borramiento del cérvix uterino menor del 50 % y/o dilatación menor a 2 cm ⁽²²⁾

Según la sociedad española de ginecología y obstetricia la amenaza de parto pretérmino (APP) se define como la presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre la 22 y 37 semanas de gestación. Este hecho se debe asociar al menos a una de las siguientes circunstancias: modificación progresiva del cérvix y dilatación cervical \geq a 2 cm y borramiento $\geq 80\%$.^(27,28)

Aún hay diferencias en cuanto a la definición de la amenaza de parto pretérmino sobre todo en cuanto al borramiento del cuello uterino y a la dilatación.

La amenaza de parto pretermino es el proceso clínico sintomático que sin tratamiento, o cuando este fracasa puede conducir a un parto pretérmino. La hospitalización por APP supone gran parte de los costes asociados al cuidado prenatal y es uno de los principales motivos de ingreso de una gestante antes del parto. Por tanto, la APP sería el último escalón en la prevención de la prematuridad.⁽²⁷⁾

Etiología es multifactorial, asociado a las siguientes causas: a) Infección intraamniótica, b) Isquemia útero-placentarias, c) Malformaciones fetales, d) Sobredistensión uterina, e) Factores inmunológicos f) Stress.⁽²²⁾

Aproximadamente el 70% de los nacimientos pretérmino son el resultado de APP (45%) y de la RPMP (25%). El 30% restante corresponde a intervenciones médicas por compromiso materno o fetal (preeclampsia/eclampsia, crecimiento intrauterino restringido, metrorragia, etc.).⁽³⁰⁾

Aspectos epidemiológicos importantes, Causa más importante de morbimortalidad perinatal excluidas las malformaciones congénitas es responsable: 75 % de muertes perinatales, 50 % de anomalías neurológicas.⁽²²⁾

Factores de riesgo asociado⁽²²⁾

a. Maternos

- Edad menor de 15 o mayor de 40 años
- Peso pregrávido menor de 40 Kg

- Menor de 4 controles prenatales.
- Tabaquismo: más de 15 cigarrillos por día
- Narcoadicción
- Analfabetismo
- Infección: Cervicovaginal (vaginosis bacteriana), Intraamniótica (con membranas ovulares íntegras), Urinaria (pielonefritis), ETS, TORCH, Hepatitis
- Anomalías uterocervicales: Incompetencia cervical, Malformaciones uterinas, Miomatosis uterina
- Patologías que producen hipoxia: Cardiopatías, Asma, Alteraciones hematológicas, Diabetes Mellitas, Hipertensión arterial crónica o inducida por el embarazo, Anemia
- Antecedente de aborto o de partos prematuros
- Cirugía abdominal previa durante el embarazo.
- Conización
- RPM y Corioamnionitis
- Traumatismos
- El esfuerzo físico y el estrés psíquico
- Prematurez iatrogénica por inducción o cesárea anticipada

b. Fetales

- Embarazo múltiple
- Malformaciones congénitas
- RCIU
- Óbito fetal

c. Líquido amniótico

- Polihidramnios
- Oligohidramnios
- Infecciones intercurrentes

d. Placentarios:

- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro
- Placenta circunvalada
- Inserción marginal del cordón umbilical

DIAGNÓSTICO, se basa en:

Valoración de la dinámica uterina mediante cardiotocografía externa o por palpación abdominal. No existe consenso sobre el número de contracciones necesarias para definir una APP pero generalmente se consideran:⁽²⁸⁾

- 4 contracciones en 20/30 minutos o bien 8 en 60 minutos.
- Duración de más de 30 segundos de cada contracción.
- Palpables y dolorosas.

Mediante la cardiotocografía externa también se valora el bienestar fetal.

El tacto vaginal se realiza de forma previa para descartar anomalías de inserción placentaria y explorar vagina mediante especuloscopia por la posibilidad de encontrar la bolsa amniótica protuyendo a través de cérvix. Se valora la dilatación, borramiento, posición, consistencia y altura de la presentación. Si el cérvix aparece borrado >70% y/o dilatado de 2 cm o más, se considera diagnóstico de APP al igual que un borramiento y dilatación cervical progresivas.⁽²⁸⁾

El Aborto, especialmente el quirúrgico, podría causar diversos tipos de complicaciones de corto plazo en las mujeres, como hemorragia posaborto, adherencia intrauterina causada por una infección o perforación uterina siendo estas las complicaciones típicas a corto plazo; otros estudios también sugieren que

el aborto inducido podría aumentar el riesgo de nacimiento pretérmino en embarazos posteriores; por ello el aborto inducido es considerado como uno de los factores de riesgo para el resultado de embarazos adversos en embarazo posterior⁽³²⁾

Dado que las mujeres quedan embarazadas, varios sistemas de su cuerpo cambiarían sutilmente para prepararse para el embarazo; sin embargo, la interrupción del embarazo al tener un aborto haría que el nivel endocrino del cuerpo caiga drásticamente sin un gradual proceso de adaptación, lo que sería un daño potencial al cuerpo. La presencia de dos o más abortos podría aumentar el riesgo de deterioro de la función de órganos o su envejecimiento prematuro.⁽³²⁾

Los métodos más comunes del aborto inducido, son procedimientos más rápidos ,la fuerza utilizada y la extensión de cuello uterino (dilatación) , este procedimiento seria en menor tiempo sin embargo causaría mayores complicaciones ,las mujeres que tienes un aborto en los diferentes trimestres de embarazo tendrían diversas complicaciones como las que son sometidas en una aspiración por vacío durante el primer trimestre tendrían baja tasa de complicaciones en comparación con las de segundo trimestre.⁽³²⁾

Consideramos importante y necesario este estudio sobre la amenaza de parto pretérmino porque constituye un problema de salud pública mundial por el aumento de la tasa de parto pretérmino y las consecuencia graves que este causa , siendo un determinante importante de morbilidad neonatal; además tiene consecuencias adversas a corto, mediano y largo plazo para la salud, con evidencia de mayor tasa de parálisis cerebral, déficit sensorial, dificultad de aprendizaje y enfermedades respiratorias además altos costos.⁽⁴⁾ Los nacimientos prematuros en números: señalan que 15 millones de nacimientos prematuros suceden cada año y continúan en aumento, 1,1 millones de niños mueren por complicaciones relativas a la misma⁽¹⁾.Así también, en América Latina nacen cada año unos 12 millones de niños. De los cuales 400 000 mueren antes de cumplir 5 años; 270 000 en el primer año de vida; 180 000 durante el primer mes y 135 000 por parto pretérmino. La situación es aún más grave en los prematuros extremos, entre quienes una quinta parte no sobrevive el primer año y hasta 60 % de los supervivientes tiene discapacidades neurológicas (problemas de lenguaje y

aprendizaje, trastorno por déficit de atención, dificultades socioemocionales, deterioro sensorial, visual y auditivo, retraso mental y parálisis cerebral).⁽¹⁶⁾ Por todo lo anterior, además de la pérdida de vidas, el parto pretérmino representa costos económicos y emocionales considerables para las familias y las comunidades.

En este trabajo se pretende identificar de manera oportuna los factores de riesgos para la amenaza de parto pretérmino, como el antecedente de abortos, de tal manera que tanto los profesionales, familiares, la gestante, tomen las medidas preventivas para disminuir la incidencia de casos de amenaza de parto pretérmino. Asimismo, permitirá poner mayor énfasis en el ámbito preventivo-promocional, mediante la educación y sensibilización sobre la amenaza de parto pretérmino sus signos de alarma y factores de riesgo dirigido a las gestantes, sobre todo a las que presenten características de riesgo, para mejorar el conocimiento y sus conductas durante el embarazo. Por otro lado, servirá como un antecedente para la institución y para otros estudios orientados a abordar el tema de aborto y amenaza de parto pretérmino. Así también es esencial para avanzar en el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) contribuyendo en la reducir el índice de mortalidad de menores de cinco años ya que la El Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) reporta el parto prematuro como una de las causas principales de mortalidad neonatal⁽¹⁷⁾, así también reduciendo la incidencia de aborto el cual es la tercera causa de morbilidad y mortalidad materna contribuiremos con el quinto objetivo del milenio.

Estas consideraciones nos llevan a plantear la siguiente interrogante de investigación:

¿El aborto previo es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal diciembre 2015-mayo 2016?

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Edad materna: Se define como el tiempo de vida en años de la mujer embarazada.

Edad gestacional: Es el tiempo transcurrido desde la última menstruación y se expresa en semanas.

Factor de riesgo: Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Aborto: es la interrupción del embarazo antes de que el feto alcance su viabilidad extrauterina. La Organización Mundial de la Salud lo define como la expulsión o extracción de un embrión o feto con un peso menor o igual a 500 gr. Esto se corresponde con una edad gestacional de 22 semanas o una longitud corono-nalga de 25 cm. ⁽²¹⁾

Amenaza de parto pretermino: Presencia de contracciones uterinas evidenciables al tacto (con frecuencia de una cada 10 minutos y 30 segundos de duración, en un lapso de 60 minutos) que puede cursar con borramiento del cervix uterino menor del 50 % y/o dilatación menor a 2 cm. ⁽²²⁾

Objetivos

Objetivo general

Determinar si el aborto previo es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de diciembre 2015-mayo 2016.

Objetivo específicos

- Estimar la frecuencia de amenaza de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Diciembre 2015-Mayo 2016
- Determinar la frecuencia del aborto previo en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Diciembre 2015-Mayo 2016.
- Identificar la relación entre el aborto previo y amenaza de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Diciembre 2015-Mayo 2016.

Hipótesis general

El antecedente de aborto es un factor de riesgo para la amenaza de parto pre término en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal diciembre 2015-mayo 2016.

Hipótesis estadística

Hipótesis alterna (H1): “El aborto previo es un factor de riesgo para la amenaza de parto pre término”.

Hipótesis nula (H0): “El aborto previo no es un factor de riesgo de la amenaza de parto pre término”.

2. MÉTODOS

2.1 Diseño de la investigación

La investigación es de diseño observacional.

2.2 Tipo de investigación

Tipo de la investigación analítico de casos y controles.

2.3 Población

Gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante Diciembre 2015-Mayo 2016.

2.4 Muestra

Tamaño de la muestra

Estuvo conformado por 428 gestantes, las cuales se clasificaron en dos grupos, el primero fue el grupo de casos compuesto por 214 gestantes con amenaza de parto pretérmino y el grupo control compuesto por 214 gestantes sin amenaza de parto pretérmino atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo Diciembre 2015 – Mayo 2016

Unidad de análisis: Gestantes con amenaza de parto pretérmino atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante Diciembre 2015-Mayo 2016.

Tipo y técnica de muestreo

El muestreo es no probabilístico por conveniencia, se accedió al total de la población de gestantes diagnosticadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en la unidad de tocólisis en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo diciembre 2015 – mayo 2016. Por tanto para el grupo casos fueron las gestantes con amenaza de parto pretérmino, mantenimiento una relación de 1 a 1, se seleccionó al grupo comparativo las gestantes sin amenaza de parto pretérmino. Las unidades de análisis de estudio fueron sometidas a una evaluación de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

a. Criterios de inclusión

Grupo caso

- Gestante de 22 hasta < 37 semanas de gestación.
- Gestante con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.
- Gestante atendida en la unidad de Tocólisis del INMP.
- Edad entre 16 a < 40 años.

Grupo control

- Gestante de Gestante 37 semanas de gestación a más.
- Gestantes atendidas en INMP.
- Edad entre 16 a < 40 años.

b. Criterios de exclusión

- Gestantes con trastornos psiquiátricos.
- Pacientes que hayan ingerido medicamentos o sustancia, ya sean químicos o naturales para provocar actividad uterina.
- Edad < 15 y mayor de 40 años.
- Tabaquismo: más de 15 cigarrillos por día
- Gestante con antecedente de parto pretérmino
- Embarazo múltiple
- Malformaciones congénitas
- RCIU
- Óbito fetal
- Polihidramnios y Oligohidramnios
- gestantes con ITS, TORCH, Hepatitis

- Anomalías uterocervicales: Incompetencia cervical, Malformaciones uterinas, Miomatosis uterina
- Placenta previa, Desprendimiento prematuro, Placenta circunvalada
- Inserción marginal del cordón umbilical
- gestantes con patologías que producen hipoxia: Cardiopatías, Asma, Alteraciones hematológicas, Diabetes Mellitas, Hipertensión arterial crónica o inducida por el embarazo
- Gestantes con diagnóstico de preeclampsia, eclampsia, síndrome de Hellp, historia de cerclaje cervical.

2.5 Variables del estudio

Variables Independientes:

El antecedente de aborto

Variable Dependiente

Amenaza de parto pretérmino

Variables Intervinientes

Edad

Grado de instrucción

Estado civil

Numero de aborto

Anemia materna

Rotura prematura de membranas (RPM)

Infecciones del tracto urinario (ITU)

Infecciones cervicovaginal

2.6 Técnicas e Instrumentos:

Técnica de Recolección: La técnica de recolección de datos que se utilizó fue observación de fuente directa ya que se revisó las historias clínicas de las pacientes con y sin amenaza de parto pretérmino.

Instrumento de medición: la herramienta para la recolección se construyó una ficha de recolección de datos, el cual contempla la edad de las pacientes, la edad gestacional al momento la amenaza de parto pretérmino, grado de instrucción, estado civil, aspectos clínicos, la historia de abortos entre otros. Esta ficha pasó por la evaluación de un Juicio de Expertos (5 especialistas), de tal forma que se halló la validez de contenido a través de la Prueba Binomial.

También se usó la hoja de selección que nos permitió evaluar los criterios inclusión.

2.7 Procedimiento y análisis de datos

Proceso de captación de información:

La información pertinente para el estudio se registró en formatos de recolección de datos (anexo N°1) elaborado por el investigador y supervisado por el asesor de tesis y se tabularon en planillas y se presentaron en gráficos estadísticos a través de la aplicación Excel de Microsoft 2013, de acuerdo a los objetivos planteados.

Análisis Estadístico e interpretación de la información

Se diseñó una base de datos en el software estadístico SPSS de acuerdo a las características establecidas en el cuadro de variables, se realizó las respectivas codificaciones y luego los datos recolectados fueron tabulados y procesados en forma ordenada en la base de datos.

Para determinar el factor de riesgo primero se realizó un test de homogeneidad con la prueba chi-cuadrado y luego se utilizó la medida de Odds Ratio (OR). Se consideró una significancia del 5% con un intervalo de confianza al 95%.

Los resultados fueron presentados mediante tablas de frecuencias y tablas de contingencia, además de ser representados gráficamente con diagramas de barras y circulares.

2.8 Aspectos éticos de la investigación

Para la presente investigación se pidió permiso al Director y Jefas de los respectivos servicios del instituto nacional materno perinatal, para el desarrollo de este trabajo en los ambientes del instituto la cual se realizó en base a la revisión retrospectiva de los datos existentes en las historias clínicas de las pacientes. Se mantuvo plena confidencialidad de los datos del paciente mencionados en la historia clínica así como la veracidad e integridad de los hallazgos del estudio.

3. RESULTADOS

En la siguiente investigación se estudió 428 gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo diciembre 2015 – mayo 2016 las cuales se clasificaron en dos grupos, el primero fue el grupo casos compuesto por 214 gestantes con amenaza de parto pretérmino y el grupo comparativo compuesto por 214 gestantes sin amenaza de parto pretérmino .Para identificar el antecedente de aborto se hizo mediante revisión de historias clínicas. Los resultados fueron expresados en tablas para su mejor interpretación.

Tabla 1. Características socio demográficas según amenaza de parto pretérmino de gestantes que acudieron al Instituto Materno Perinatal diciembre 2015- mayo 2016

Características sociodemográficas	Amenaza de parto prematuro				Total	
	si	%	no	%	n	%
Edad Materna						
Menor de 20	36	16,82	50	23,36	86	20,09
De 20 a 34	144	67,29	139	64,95	283	66,12
35 o más	34	15,89	25	11,68	59	13,79
Estado Civil						
Soltera	28	13,08	27	12,62	55	12,85
Casada	30	14,02	27	12,62	57	13,32
Conviviente	156	72,90	160	74,77	316	73,83
Lugar de procedencia						
San Juan de Lurigancho	63	29,44	54	25,23	117	27,34
Ate	13	6,07	16	7,48	29	6,78
Lima	14	6,54	14	6,54	28	6,54
San Martin de Porres	10	4,67	10	4,67	20	4,67
Otros	114	53,27	120	56,07	234	54,67
Ocupación						
Ama de casa	162	75,70	180	84,11	197	79,91
Independiente	17	7,94	14	6,54	176	7,24
Empleada	20	9,35	15	7,01	35	8,18
Estudiante	15	7,01	5	2,34	20	4,67
Grado de instrucción						
Primaria	20	9,35	9	4,21	184	6,78
Secundaria	175	81,78	181	84,58	201	83,18
Superior Técnico	13	6,07	16	7,48	29	6,78
Superior Universitario	6	2,80	8	3,74	14	3,27
Total	214		214		428	

El 66,12% de las gestantes se encontraban entre los 20 y 34 años de edad, fue la característica más frecuente en ambos grupos (con y sin amenaza de parto pretérmino); el 73,83 % eran conviviente; el 27,34% procedía de San Juan de Lurigancho; el 79,91% eran ama de casa y el 83,18% poseía un grado de instrucción secundaria completa (tabla 1)

Figura 1. Edad materna en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Diciembre 2015- Mayo 2016

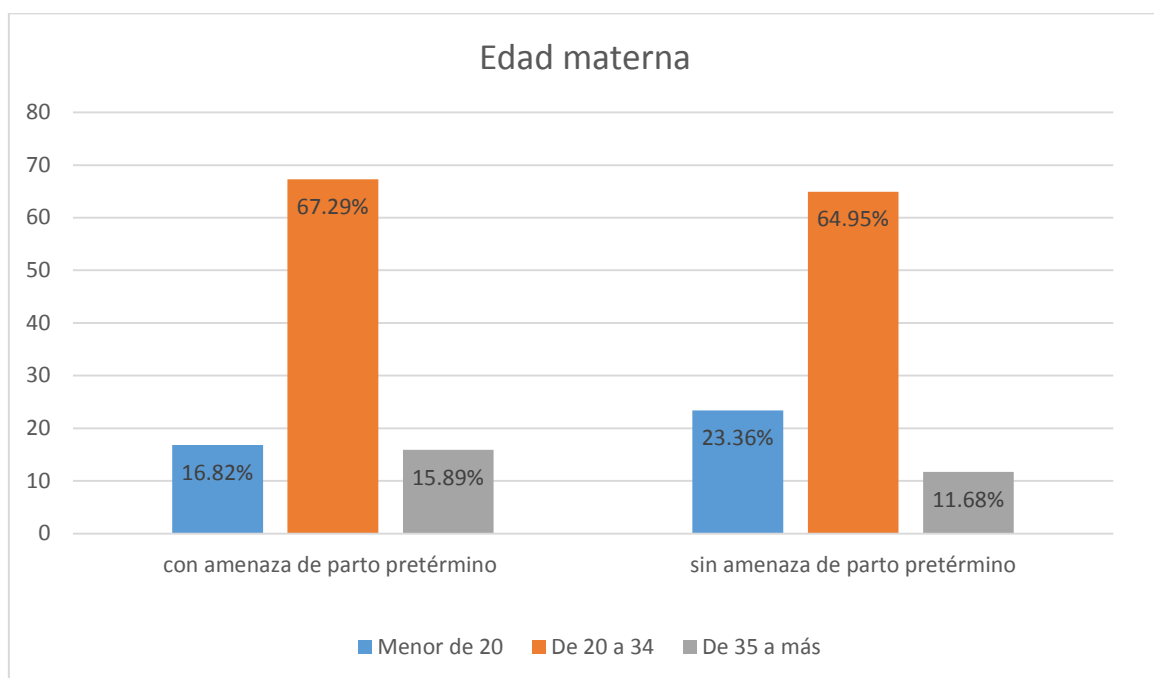


Figura 2. Estado civil de las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Diciembre 2015- Mayo 2016.

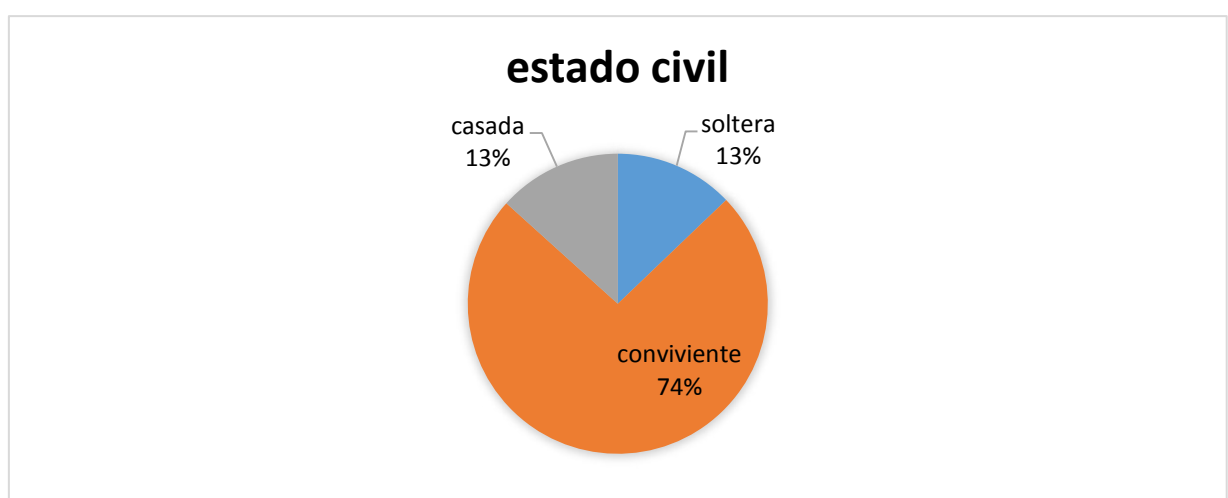


Figura 3. Ocupación en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Diciembre 2015- Mayo 2016.

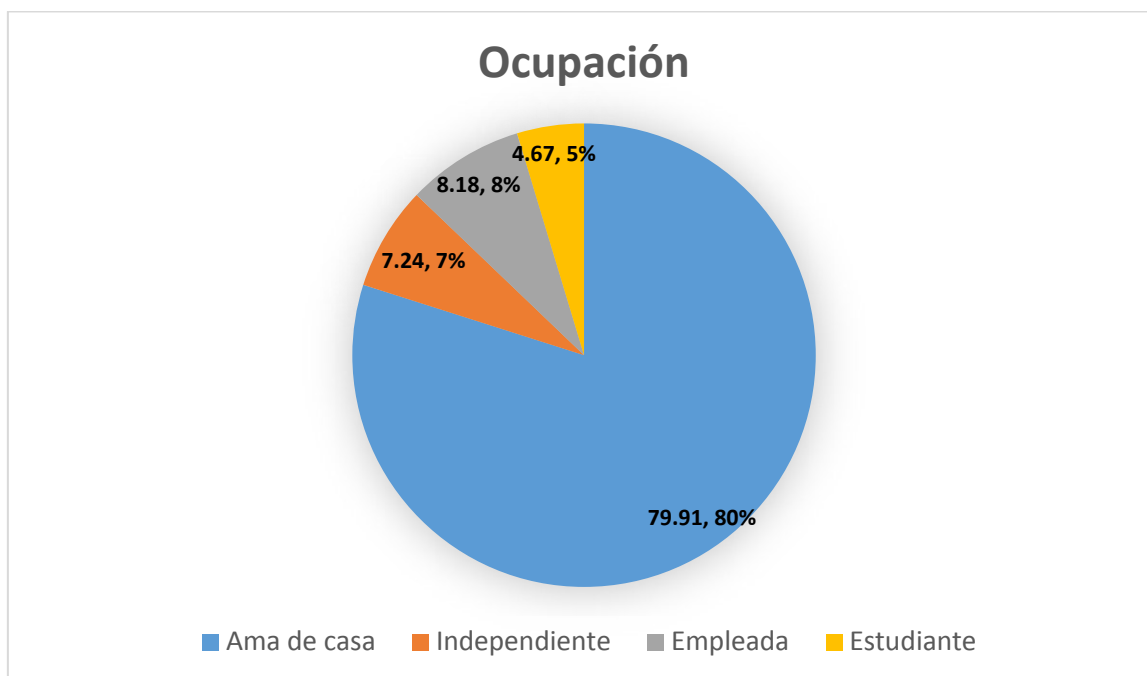


Figura 4. Grado de instrucción en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Diciembre 2015- Mayo 2016.

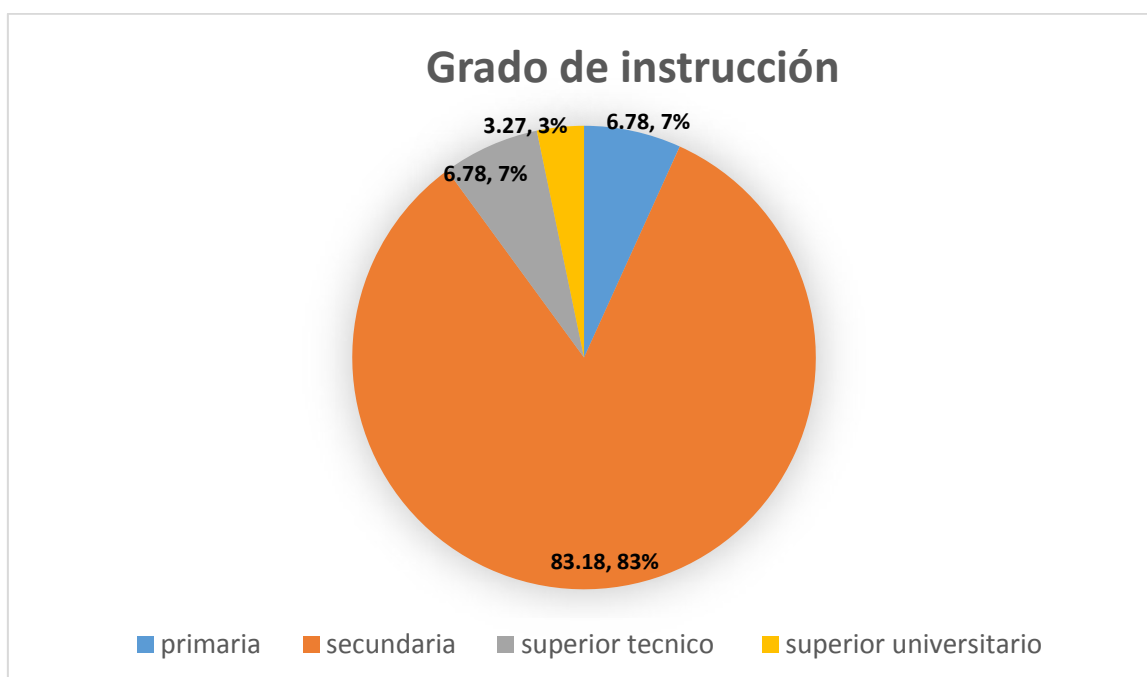


Tabla 2. Características maternas según amenaza de parto pretérmino de gestantes que acudieron al Instituto Materno Perinatal, Diciembre 2015 – Mayo 2016

Características maternas	Amenaza de parto pretérmino				Total	
	SI		NO		N	%
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
Edad Gestacional (en semanas)	31,0	2,69	38,93	1,20		
Controles prenatales	SI	%	NO	%		
Menos de 4 controles	146	68,22	56	26,16	202	47,2
De 5 a más controles	68	31,77	158	73,83	226	52,8
Aborto previo						
Ausente	140	65,42	177	82,71	317	74,07
Presente	74	34,58	37	17,29	111	25,93
Rotura Prematura de Membrana						
Ausente	154	71,96	212	99,07	366	85,51
Presente	60	28,04	2	0,93	62	14,49
Infección del tracto urinario						
Ausente	190	88,79	190	88,79	380	88,79
Presente	24	11,21	24	11,21	48	11,21
Infecciones cervicovaginales						
Ausente	211	98,60	208	97,20	419	97,90
Presente	3	1,40	6	2,80	9	2,10
Anemia						
Sin anemia	187	87,38	189	88,32	376	87,85
Anemia leve	21	9,81	21	9,81	42	9,81
Anemia moderada	6	2,80	4	1,87	10	2,34
Total	214		214		428	

La edad gestacional media en las gestantes con y sin amenaza de parto pretérmino fue de 31,0 y de 38,93 semanas respectivamente, siendo el grupo control con mayor edad gestacional, también se observó que el con respecto al número de

controles prenatales menos de 4 controles fueron más frecuentes en gestantes con amenaza de parto pretérmino con 68,22% y de 5 a más controles fueron más frecuentes en las gestantes sin amenaza de parto pretérmino con 73,83%. En cuanto a antecedentes de importancia; el 25,93% presentaba el aborto previo; el 14,49 presento rotura prematura de membrana; el 11,21 presento infección del tracto urinario; el 2,10% infección cervicovaginal y el 12,15% presenta anemia (Ver tabla.2).

Figura 5. Aborto previo en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Diciembre2015-Mayo 2016.

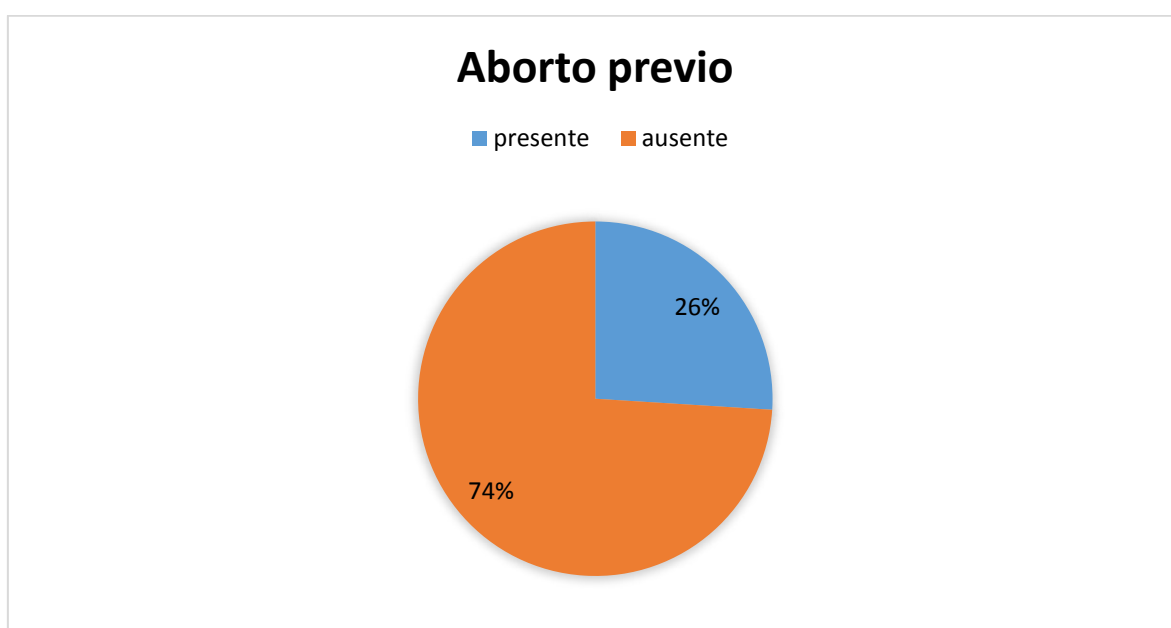


Figura 6. Aborto previo y amenaza de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Diciembre2015-Mayo 2016.

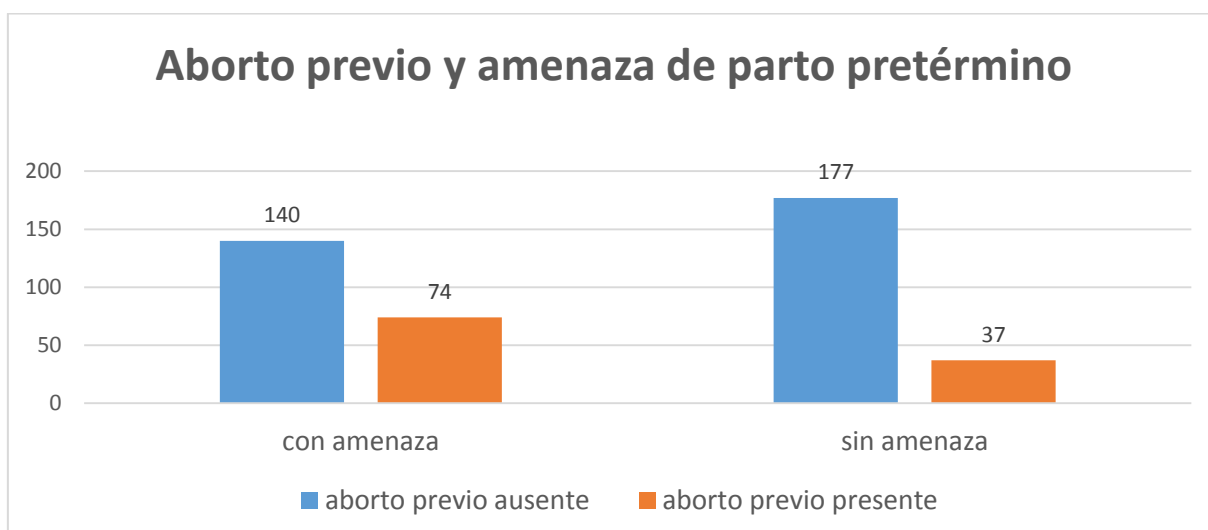


Tabla 3. Análisis bivariado aborto previo y amenaza de parto pretérmino en gestantes con y sin amenaza de parto pretérmino atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Diciembre 2015-mayo 2016

Aborto Previo	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO						
	Si	%	NO	%	OR _c	IC 95%	p valor
Ausente	140	65,42	177	82,71	-	-	
Presente	74	34,58	37	17,29	2,528	1,608 – 3,976	>0,001

En la tabla 3 .En el grupo de casos el 34,58% presento aborto previo, con una notable diferencia en el grupo control con 17,29% presento aborto previo .Se muestra que el aborto previo es altamente significativo con un OR: 2.528 e IC 95%(1,698-3,976). Aumentando el riesgo en 2,58 veces más de tener un parto prtérmino.

Tabla 3,1. Análisis bivariado antecedentes materno y amenaza de parto pretérmino de gestantes que acudieron al Instituto Materno Perinatal diciembre 2015 – mayo 2016

Antecedentes maternos	Amenaza de parto pretérmino		
	OR _c	IC 95%	p valor
Aborto previo			
Ausente	-	-	
Presente	2,528	1,608 – 3,976	>0,001
Infección del tracto urinario			
Ausente	-	-	
Presente	1	0,548 – 1,822	1,000
Infecciones cervicovaginales			
Ausente	-	-	
Presente	0,492	0,121 – 1,996	0,322
Anemia			
Sin anemia	-	-	-
Anemia leve	1,010	0,534 – 1,912	0,974
Anemia moderada	1,516	0,421 – 5,459	0,524

En el análisis bivariado se observó que solo el aborto previo presentaba asociación estadísticamente significativa (OR_c : 2,528; IC_{95} : 1,608 – 3,976) (**Tabla3.1**).

Tabla 4. Análisis bivariado de numero de aborto y amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Diciembre 2015 – Mayo 2016

Número de abortos previos	Amenaza de parto pretérmino		
	OR_c	IC 95%	p valor
Sin abortos	-	-	-
Un aborto	2,212	1,322 – 3,701	0,002
Dos abortos	4,425	1,738 – 11,259	0,002
Más de dos abortos	1,685	0,371 – 7,655	0,499

En la tabla 4. Se muestra que el número de aborto es significativo con un OR : 2,212 e IC 95%(1,322-3,701), para dos abortos previo también es significativo aumentando el doble en comparación a tener un aborto con OR : 4,425 e IC 95% (1,738-11,259) y para más de dos abortos no se observa significancia.

4. DISCUSIÓN

El parto pretérmino es un problema de salud pública pues representa unas de las complicaciones obstétricas y pediátricas más frecuentes y una de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal. Esta complicación se produce por diversos factores que inciden su aparición, como el aborto previo que fue tomado en cuenta en el presente estudio.

La edad promedio de las gestantes no presentó mayores diferencias, pues fueron de 26,98 y 25,1 años para gestantes con y sin amenaza de parto pre término, respectivamente; y las edades entre 20-34 años fueron las más frecuentes en ambos grupos.

La mayor parte de gestantes que cursaron su gestación con y sin amenaza de parto pretérmino tuvieron un nivel educativo secundario completo con un 81,78% y 84,58 respectivamente, la variable factor educación es importante para la modificación de conductas de riesgo y por otro lado, la mayor parte de las gestantes tenían por estado civil ser convivientes (72,90% vs 74,77%) y por ocupación ser ama de casa (75,70% vs 84,11%)

Las gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal se encontró que la edad gestacional promedio de 31,0 semanas ,hallazgo muy importante pues de desencadenarse el trabajo de parto se generaría gran discapacidad y muerte perinatal por la incompleta madurez pulmonar de ahí que el Instituto Nacional Materno Perinatal ⁽²²⁾ y la Organización Mundial de Salud establezca la administración de corticoides a gestantes entre 26 y 35 semanas de gestación con el objetivo de reducir los riesgos de complicaciones relacionadas con la prematuridad ⁽³⁰⁾

En cuanto al control prenatal el cual son visitas programadas con el equipo sanitario, explica por qué la mayor frecuencia de gestantes con controles prenatales (entre 5 a más controles) 73,83% no presentó amenaza de parto pretérmino.

En cuanto a la frecuencia de aborto y la amenaza de parto pretérmino se está en concordancia con los estudios hechos por Taboada, R ⁽¹⁸⁾. En su investigación encuentra igual distribución el 68,7% (103) corresponde a las gestantes que no

tuvieron ningún aborto y solo el 31,3% (47) tuvieron antecedente de aborto. En este estudio se aprecia según lo investigado similar distribución el 74,07% (317) corresponde a las gestantes que no tuvieron ningún aborto y el 25,93% (111) tuvieron uno o más abortos.

En cuanto a la relación del parto pretérmino con el aborto previo, Retureta, S y col ⁽⁷⁾, en su estudio, Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Avila. Encontró que el aborto de embarazos anteriores es significativo para el parto pretérmino con (OR=2,560 IC=1,847-3,547). Concluyendo que la práctica de abortos anteriores fue uno de los factores de riesgo que mayormente se asociaron al parto prematuro. Así mismo Toboada, R ⁽¹⁸⁾. En su estudio Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" de enero a diciembre 2013. Se encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre las gestantes con antecedentes de aborto y el parto pretérmino con un OR = 2.275 y un IC = (1.117 – 4.631), es decir las gestantes con antecedentes de aborto 2.275 más veces de presentar parto pretérmino. Brow y col ⁽¹³⁾, quien en su investigación, aborto anterior y el riesgo de nacimientos prematuros y de bajo peso al nacer, donde encontró que las mujeres con historia de uno, dos y tres o más abortos previos tenían de 1.7, 2 y 3 veces más riesgo de parto pretérmino respectivamente, similar a Losa, E, col, investigación factores de riesgo de parto pretérmino, donde encontraron que los abortos previos ($p = 0,002$) va en función del número de éstos (1 aborto: OR = 1,7; IC del 95%, 1,1-2,7; a partir de 2 abortos: OR = 2,7; IC del 95%, 1,3-5,8).⁽¹⁴⁾

En el presente estudio, los resultados observados concuerdan con lo mencionado, ya que se evidencio que el antecedente de aborto se asocia con la presencia de amenaza de parto y con un riesgo de 2,5 veces de presentar amenaza de parto pretérmino, con respecto al número de abortos con la amenaza de parto pretérmino el presentar un aborto previo aumento de riesgo de 2,1 veces de presentar la amenaza, de presentar dos abortos previos el riesgo aumenta en 4,42. (ORc: 4,425; IC95: 1,738 – 11,259) el tener más de dos abortos previos (ORc: 1,685; IC95: 0,371 – 7,655) no se encontró significancia este último contrasta con los estudios mencionados.

5. CONCLUSIONES

-Los resultados evidencian que el aborto previo es un factor de riesgo de la amenaza de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal diciembre 2015 –mayo 2016.

- La frecuencia de amenaza de parto pretérmino es de 35 gestantes con amenaza de parto pretérmino por mes en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Diciembre 2015 –Mayo 2016.

-La frecuencia de aborto previo fue 25,94% en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Diciembre 2015 –Mayo 2016.

-El aborto previo aumenta 2,52 veces más el riesgo de presentar amenaza de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Diciembre 2015 –Mayo 2016 ; se muestra que en el análisis multivariado se mantiene la significancia estadística para la asociación entre aborto previo y amenaza de parto pretérmino ($OR_a: 2,593$; $IC_{95}: 1,641 - 4,095$)

-Además se analizó el número de aborto previo y la amenaza de parto pretérmino obteniéndose lo siguiente que el tener un aborto previo aumenta 2,21 veces más el riesgo de presentar amenaza de parto pretérmino; y tener más de dos aborto previo aumenta 4,42 veces más el riesgo de presentar aborto pretérmino aumentado el doble, sin embargo el tener más de tres abortos el OR no es significativo en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno perinatal, Diciembre 2015 – Mayo 2016.

6. RECOMENDACIONES

- Se ha observado en el presente estudio que el aborto previo es un factor de riesgo para parto pretérmino por lo tanto se sugiere realiza un control prenatal reenfocado y una minuciosa historia clínica para la detección de los factores de riesgos presentes para una adecuada prevención.
- Se debe reforzar la educación y sensibilización sobre la amenaza de parto pretérmino, sus signos de alarma y factores de riesgos, a través de charlas en lugares como la sala de espera del Instituto Nacional Materno Perinatal mientras las pacientes esperan su consulta.
- En base al presente estudio tener en cuenta la frecuencia de gestantes que presentan aborto previo siendo 25% población de riesgo para la amenaza de parto pretérmino por lo cual sensibilizar a la población que el tener aborto previo aumenta el riesgo de amenaza de parto prematuro pudiendo llevar esto a que se desencadene un parto pretérmino causando muchas complicaciones ya descritas.
- Por lo anterior motivar a los obstetras del primer nivel de atención a realizar orientación en planificación familiar y charlas educativas de calidad para evitar el aborto sobre todo el aborto clandestino en las pacientes así disminuyendo el aborto se esperaría que se disminuya el riesgo de amenaza de parto pretérmino.
- Se sugiere tener un obstetra en los colegios, reforzando la salud sexual reproductiva y planificación familiar para disminuir la incidencia de abortos clandestinos ante embarazos no deseados en este grupo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Howson CP, Kinney MV, Lawn JE, Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. Editores, March of Dimes, PMNCH, Save the Children, Organización Mundial de la Salud. Nueva York 2012
http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/born-too-soon_execsum_es.pdf
2. Huaroto K, Pauca M, Polo M, Meza J. Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Rev Méd Panacea. 2013; 3(2): 27-31.
3. Oficina de Comunicaciones del Instituto Nacional Materno Perinatal, Boletín epidemiológico del Instituto Nacional Materno Perinatal publicado el 13 de noviembre 2015 <http://www.inmp.gob.pe/noticia/el-95-de-nacimientos-en-el-inmp-corresponde-a-prematuros>
4. Alvares P, Morbilidad y secuelas de los niños prematuros en edad escolar en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid en los años 1996 a 2001; España 2009
5. Rodríguez, J, Sabalza, M. Modelo para la detección y prevención de resultados perinatales adversos en las gestantes adolescentes y sus neonatos, en el Hospital de Engativá, de la ciudad de Bogotá D.c. [Tesis]. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina; 2010.
6. Ferrando D, El aborto clandestino en el Perú. Hechos y cifras. Lima, 2006 pág. 27-29 <http://www.inppares.org/sites/default/files/Aborto%20clandestino%20Peru.pdf>
7. Retureta, S, Rojas, L, Retureta, M, Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. MediSur 2015, 13:517-525. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180041204008>. Fecha de consulta: 12 de Marzo de 2016

8. Gutiérrez V. Factores Maternos asociados a Parto Prematuro y Hallazgos en el Neonato en el Hospital Regional de Loreto. 2007
www.unapiquitos.edu.pe/links/medicina/archivos/Tesis

9. Shah , P, Zao ,J; Knowledge Synthesis Group of Determinants of preterm/LBW births. Induced termination of pregnancy and low birth weight and preterm birth: a systematic review and meta-analysis. BJOG 2009; 116(11):1425-1442.
<http://www.issues4life.org/pdfs/iariskptb016.pdf>

10. Hardy G, Benjamin A, Abenhaim H . Effect of induced abortions on early preterm births and adverse perinatal outcomes. J Obstet Gynaecol Can.2013 Feb; 35(2):138-43.

11. Swingle ,H., Tarah ,T, Colaizy, M, Zimmerman , B , y Morris F, Jr. Abortion and the Risk of Subsequent Preterm Birth: A Systematic Review with Meta-analyses. J. Reproductive Med. 95-108 (2009)

12. Moreau ,C ,Kaminski , M, et al. Abortos inducidos anteriores y el riesgo de parto muy prematuro: resultados del estudio EPIPAGE. France. BJOG. 2005
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15777440>

13. Brown , J, Adera , T, Masho ,S, Previous abortion and the risk of low birth weight and preterm births. J Epidemiol Community Health. 2008 Jan;62(1):16-22
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18079328>

14. Losa Em, Gonzales, E Gonzales, G Factores de Riesgo del Parto Pretérmino . Prog Obstet Ginecol. 2006; 49(2):57-65. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España. <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulofactores-riesgo-del-parto-pretermino-13084343#>

15. Martin McCaffrey,M,D, abortions Impacto on prematurity closing the knowledge Gap
<http://www.ncfpc.org/FNC/1305-FNC-Spring13-Abortion%27sImpactOnPrematurity2.pdf>

16. Couto D, Nápoles C, Montes P. Impact of preterm childbirth in perinatal morbidity and mortality. MEDISAN 2014;18(6):852. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_6_14/san14614.pdf
17. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Nacimiento Prematuro es Ahora la Principal Causa de Muerte en Niños Pequeños http://www.unicef.org/venezuela/spanish/Dia_Mundial_del_Nacimiento_Prematuro_CdP_Conjunto.pdf
18. Toboada Raúl, Factores de riesgo asociados a parto pretermino en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” de enero a diciembre 2013[tesis]. Perú ,2015
19. Protocolo Asistenciales en Obstetricia. Aborto espontaneo SEGO, protocolo actualizado en julio 2010 http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90151591&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=151&ty=49&accion=L&origen=zona de lectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=151v55n07a90151591pdf001.pdf
20. Cunningham, F, Leveno, K, Bloom, S, Hauth, J, Rouse, D, Spong, C. Williams Obstetricia Vol 1, 23a ed. México : McGraw Hill ; 2011, p. 215-234
21. Guevara E, Hemorragias de la primera mitad del embarazo, Rev Per Ginecol Obstet. 2010;56:10-17. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a03v56n1.pdf
22. Guías de procedimiento de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal 2014 <http://prodelcorp.edu.pe/material/2115GUIAS%20DE%20ATENCION%20CLINICA.pdf>
23. Echemendía, B. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2011 Dic [citado 2016 Abril 02]; 49(3): 470-481. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300014&lng=es.
24. Pacheco, J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción; 2ª edición, Revistas Especializadas Peruanas SAC (REP SAC), Lima Perú 2007. Pags. 1244 – 1267.

- 25.** González, F. Manejo del parto pre término. Sociedad de obstetricia y ginecología de Venezuela. Caracas; Revisión 2012.
- 26.** Pacheco, J, Parto pretérmino: tratamiento y las evidencias, Edit Rev Per Ginecol Obstet. 2008;54:24-32
- 27.** Sociedad española de ginecología y obstetricia. Amenaza de parto pretérmino. Protocolos asistenciales en Obstetricia, 2012. [Citado: Marzo 2016]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pid=articulo=90151591&pid_usuario=0&pcontactid=&pid=revista=151&ty=49&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=151v55n07a90151591pdf001.pdf
- 28.** Ochoa, A., Pérez, J. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (Supl. 1): 105-119.
- 29.** Abehsera D, Amenaza de parto pretérmino y rotura prematura de membranas pretermino. Impacto de la amniocentesis diagnostica en la conducta obstétrica. [tesis doctoral] Madrid , España ,2012.
- 30.** Jamshidimanesh, M., Soleymani, M., Ebrahimi, E., Hosseimi, F. Domestic violence Against pregnant women in Iran. J Family Reprod Health. 2013; 7(1); 7-10.
- 31.** Garcia Bethzabe, Edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para parto pretermino en pacientes atendidas en el hospital docente madre niño “san bartolome” durante enero a febrero del año 2015 [tesis], Lima Perú.2015.
- 32.** The effect of induced abortion on the risk of low birth weight. The University of Hong Kong (Pokfulam, Hong Kong) for the Degree of Master of Public Health at The University of Hong Kong in August 2012 <http://hub.hku.hk/bitstream/10722/183648/1/FullText.pdf?accept=1>

ANEXOS

ANEXO N°1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

EL ABORTO PREVIO COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DICIEMBRE 2015 - MAYO 2016

FECHA: ____/____/____ N°

1. Amenaza de parto pretérmino si (1) no(0)

Datos Generales:

2. Procedencia:

3. Edad:

4. Grado de instrucción

a) Primaria: ()

b) Secundaria: ()

c) Técnico: ()

d) Superior universitario: ()

5. Estado civil:

a) Soltera ()

b) Conviviente ()

c) Casada ()

6. Ocupación

d) Empleada ()

e) Independiente ()

f) Ama de casa ()

g) Estudiante ()

h) Otros:.....

6. Formula obstétrica:.....

7. Edad gestacional:

8. Número de Controles prenatales:

9. Amenia materna

No ()

Leve ()

Moderada ()

Severa ()

10. Rotura prematura de membranas (RPM)

Si ()

No ()

11. Infeccion de tracto urinario (ITU)

Si ()

No ()

12. Infecciones cervicovaginales

Si ()

No ()

AMENAZA DE PARTO PETERMINO

13. Tiempo de edad gestacional.....

ABORTO:

14. Antecedente de aborto : sí() no()

15. Número de abortos :

- Ninguno ()
- 1 aborto ()
- 2 aborto ()
- Más de 2 abortos ()

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
PROBLEMA GENERAL ¿El aborto previo es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en el Instituto Nacional Materno Perinatal diciembre 2015-mayo 2016?	OBJETIVO GENERAL: Determinar si el aborto previo es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante diciembre 2015–mayo 2016 OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Estimar la frecuencia de amenaza de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Determinar la frecuencia del aborto previo en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Identificar la relacionar la amenaza de parto pretermino y el aborto previo en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal.	Hipótesis general El aborto previo es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretermino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal diciembre 2015-mayo2016 Hipótesis estadística H1: “El aborto previo es factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal” H0: “El aborto previo no es factor de riesgo de la amenaza de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal ”	VARIABLE INDEPENDIENTE El aborto previo VARIABLE DEPENDIENTE Amenaza de parto pretérmino VARIABLE INTERVINIENTES -Anemia materna -RPM -ITU -Infecciones cervicovaginales	TIPO DE INVESTIGACIÓN Estudio de tipo observacional, analítico, de casos y controles INSTRUMENTO Ficha de recolección de datos. POBLACIÓN: Estará conformada por todas las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). MUESTRA: Estuvo conformada por 428 gestantes acediendose al total de las pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretermino atendidas en la unidad de Tocolisis en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo diciembre 2015 – mayo 2016 para el cual se obtuvo 214 pacientes con amenaza de parto pretérmino conformando el grupo casos y para obtener al grupo control se seleccionara a gestantes sin diagnóstico de amenaza de parto pretermino manteniendo una relación de 1 a 1 .

ANEXO N°3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIÓN	ÍTEMS INDICADOR	CRITERIO DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	VALOR FINAL
Aborto previo	Tener el antecedente de al menos un aborto previo al embarazo provocado o espontáneo		Antecedente de aborto	-Sí -No	Nominal	Ficha de recolección de datos	Si (1) No (0)
			Números de abortos previos	-ninguno -Uno -Dos ->de 2	Razón		Ninguno (0) Uno (1) Dos (2) >dos (3)
Anemia Materna	Hemoglobina menor a 11 mg%		Paciente con o sin diagnóstico de anemia.	-leve -moderada -severa -No	Nominal		Si (1) No (0)
RPM	Ruptura de membranas ovulares después de la semana 22 de gestación y antes del inicio del trabajo de parto.		Paciente con o sin diagnóstico de Rotura prematura de membrana.	-Sí -No	Nominal		Si (1) No (0)
ITU	Presencia cuadro clínico con gérmenes de datos que colonizan el tracto urinario de la gestante.		Paciente con diagnóstico o no de Infección de tracto uterino	-Sí -No	Nominal		Si (1) No (0)
Infecciones cervicovaginales	Presencia de bacterias aeróbicas y anaeróbicas patológicas en los genitales femeninos de la gestante		Pacientes con o sin diagnóstico de infecciones cervicovaginales	-Sí -No	Nominal		Si (1) No (0)

Amenaza de parto pretérmino	Inicio de contracciones regulares en pacientes con membranas íntegras entre las 22 y antes de las 37 semanas de gestación; asociada al menos a una de las siguientes circunstancias: modificación progresiva del cérvix y dilatación cervical \geq a 2 cm y borramiento \geq 80%.		Paciente con o sin diagnóstico de amenaza de parto pretérmino	-Si -No	Nominal		Si (1) No(0)
-----------------------------	---	--	---	------------	---------	--	-----------------